

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

404

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean GUILLON

Né le 18 Novembre 1910, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

AU SUJET DE L'EXÉRÈSE
DU CANCER DU RECTUM
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
QUELQUES CAUSES D'INSUCCÈS
LA MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Président : M. GOSSET, Président

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean GUILLON

Né le 18 Novembre 1910, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

AU SUJET DE L'EXÉRÈSE
DU CANCER DU RECTUM
PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE
QUELQUES CAUSES D'INSUCCÈS
LA MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Président : M. GOSSET, Président

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAINEL- LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
		LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		VILLARET.
Clinique de la Tuberculose		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique cardiologie		LAUBRY.
Assistance médico-sociale		CROUZON.
		HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et. .	Pathologie médicale.	Physiologie.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	DE GENNES ... Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	GIROUD
BULLIARD	Histologie.	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	HAGUENAU ... Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	HALPHEN
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAZARD
DOGNON	Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique
FUNK-		JOANNON
RENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LACOMME ... Hygiène.
FEY	Urologie.	LANTUEJOUL .. Obstétrique.
GAILLARD	Parasitologie.	LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	LAVIER
		Parasitologie.
		LELONG
		Pathologie médicale.



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE, A MA MERE

*Dont je ne saurai jamais assez apprécier
la vie de dévouement et de sacrifice qui
m'a permis d'entreprendre des études mé-
dicales.*

Reconnaissance infinie.

A MON FRERE JACQUES

Témoignage de profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Institut
Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse. Nous
lui en exprimons notre respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. GAUDIN

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé de ses précieux conseils
dans l'élaboration de ce travail.*

Témoignage de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SEBILLEAU

Médecin des Hôpitaux de Nantes

Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine de Nantes

En témoignage de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Y. BOQUIEN

Médecin des Hôpitaux de Nantes

Toute notre reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

M. LE PROFESSEUR J. SEBILLEAU

M. LE PROFESSEUR H. LERAT

EXTERNAT :

M. LE PROFESSEUR LEROUX

M. LE DOCTEUR THIBAUT

M. LE PROFESSEUR H. LERAT

MM. LES PROFESSEURS GUSTAVE ET YVES BUREAU

M. LE DOCTEUR P. VERAN

M. LE PROFESSEUR J. SEBILLEAU

INTERNAT :

M. LE DOCTEUR COULONJOU (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR V. GUILLON

M. LE PROFESSEUR BRELET

M. LE DOCTEUR DUVERGER

M. LE PROFESSEUR LEROUX

M. LE PROFESSEUR H. LERAT

M. LE DOCTEUR F. GAUDIN

M. LE PROFESSEUR J. SEBILLEAU

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES DOCTEURS :

R. BUREAU, PICHAT, CH. MIRAILLIE, COLAS,
BIANCHI, MOISNARD, J.-U. MONNIER, BOIFFIN
DE FERRON, ARONDEL

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES COLLÈGUES DE L'INTERNAT DE NANTES

INTRODUCTION

L'ingéniosité des chirurgiens qui se sont attachés à la cure radicale du cancer du rectum a fait naître de multiples techniques opératoires. Celles-ci sont désormais classiques et il n'est pas question de les rappeler à nouveau.

Les unes ont eu leurs partisans pour leur moindre gravité, les autres ont eu pour but de conserver une intégrité fonctionnelle plus ou moins satisfaisante ; d'autres enfin entraînent un sacrifice total avec l'espoir d'améliorer le pronostic futur.

Parmi toutes ces cures radicales, il en est une, l'abdomino-périnéale classique qui s'applique à la grande majorité des cancers ampullaires et haut situés ; elle réalise la chirurgie lympho-ganglionnaire du cancer par excellence et malgré ses difficultés, elle paraît être la méthode susceptible de donner les guérisons les plus durables ; et parmi les méthodes opératoires élargies, sa technique est à la portée du plus grand nombre de chirurgiens.

La gravité immédiate de l'abdomino-périnéale est évidemment capable de décourager ceux qui ne sont pas familiarisés avec tous les écueils de la chirurgie du rectum, mais ce que nous voudrions montrer, c'est

que parmi les causes multiples d'insuccès, il en est qui grèvent lourdement les statistiques et qui pourraient être facilement évitées.

Nous avons réuni les observations personnelles de notre Maître le Docteur GAUDIN et nous essaierons, sur ses conseils, de donner à quelques petites fautes de technique souvent inavouées, l'importance primordiale qu'elles méritent.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour son dévouement et son aide effective à mener à bien ce modeste travail.

HISTORIQUE

L'idée de recourir à la laparotomie pour faciliter l'exérèse du cancer du rectum par la voie périnéale avait été émise dès 1877 par VOLKMANN afin de remédier aux difficultés que présentent les lésions trop haut situées et difficilement accessibles par en bas.

KÆNIG, en 1882, pratiqua le premier l'intervention combinée pour un cancer sus-ampullaire. Un peu plus tard, GAUDIER et CHALOT en France, réglèrent d'une façon définitive la technique de la méthode, mais c'est QUÉNU qui, dans les quelques années qui suivirent, sut défendre avec ardeur les avantages de l'abdomino-périnéale, en préciser la technique opératoire et lui imposer son nom.

Depuis quarante ans, l'opération de QUÉNU a subi diverses modifications :

Le procédé de MILES qui opère en un temps avec création d'un anus gauche terminal définitif et ablation de l'intestin sans abaissement au périnée est celui qui se rapproche le plus de la technique de QUÉNU ; c'est lui que nous avons pratiqué dans la majorité des cas.

RANKIN, JONES, procèdent dans un premier temps à l'établissement d'un anus terminal.

GRÉGOIRE commence par le temps périnéal. COFFEY opère en deux temps par un procédé ingénieux et compliqué.

HARTMANN, CUNÉO, SWARTZ, après avoir tenté l'abaissement du côlon pelvien au périnée l'ont définitivement condamné. Mais récemment SOUPAULT et LEIBOVICI, précisant la section de l'artère mésentérique inférieure et du mésocôlon pelvien apportent des statistiques particulièrement brillantes.

Quoi qu'il en soit, l'opération de Quénu-Miles reste encore à l'heure actuelle l'abdomino-périnéale type pratiquée en France par le plus grand nombre de chirurgiens et la plus accessible aux moins expérimentés.

Mortalité opératoire

Les premières statistiques de l'abdomino-périnéale établirent d'emblée sa gravité, avec une mortalité opératoire impressionnante de plus de 50 %.

Les seize premiers cas publiés en 1899 par QUÉNU et HARTMANN donnèrent 8 décès ; les 7 hommes opérés succombèrent tous et QUÉNU, à cette époque, proposa de réserver l'intervention pour le sexe féminin.

Depuis, la mortalité, bien que variant beaucoup suivant les auteurs, est restée considérable.

Pour CHALIER et MONDOR : « il faut toujours suspecter la valeur des statistiques trop belles ».

L'intervention abdomino-périnéale est en effet la « plus difficile des opérations ». (DRUEK) et il nous paraît improbable que cette mortalité dans l'ensemble, puisse être abaissée jusqu'à 4 ou 5 % comme le prétendent certains auteurs.

M. SWARTZ écrit en 1931 : « Je suis de plus en plus convaincu que cette opération n'est grave que si l'on en connaît pas suffisamment bien la technique ou lorsqu'on l'entreprend sur un cancer trop avancé ; l'abdomino-périnéale est une partie où joue le coefficient individuel du chirurgien, choix judicieux de ses cas, préparation des malades, entraînement per-

sonnel, technique opératoire où le moindre détail est gros de conséquences ».

Pour CHALIER et MONDOR, prise en bloc et sur une vaste échelle la mortalité opératoire serait approximativement de 20 %.

Pour d'autres en France, elle varierait de 17 à 52 %. A l'étranger, elle serait en moyenne de 25 à 30 %. Il va sans dire que ces chiffres se montrent très variables d'un chirurgien à l'autre et pour un même chirurgien qui perfectionne sa technique avec le temps.

En 1903, GROSS sur 22 cas a eu 9 morts. Mortalité opératoire de 40,9 %.

SASSE sur 35 observations a eu 15 morts, soit 43 % de mortalité.

En 1904, MANUEL, dans sa thèse, rapporte 66 cas d'abdomino-périnéale avec 23 décès, soit une mortalité de 34,85 %.

Les statistiques plus récentes permettent d'apprécier plus sûrement les progrès réalisés.

En 1931, M. SWARTZ fait une statistique globale en France. Il évalue environ à 26,8 % la mortalité opératoire.

A la Société de gastro-entérologie de Paris, en 1931.

M. SWARTZ accuse encore 37 % de mortalité

M. HARTMANN plus de .. 30 % —

M. GOUVERNEUR 33 % —

M. OKINCZYC 36 % —

M. BERGERET 40 % —

A l'étranger, MILES (1931) donne 4 séries de statis-

tiques qui vont en s'améliorant grâce à des modifications de technique et d'anesthésie surtout.

Dans une première série avec anesthésie à l'éther, il accuse 35 % de mortalité. Dans une deuxième série, grâce à la rachianesthésie et à un complément d'anesthésie au mélange protoxyde d'azote-oxygène, la mortalité s'abaisse à 27 %. Puis, par la méthode combinée rachianesthésie et épidurale, celle-ci tombe à 9,8 % ; enfin par l'adoption systématique de la transfusion sanguine post-opératoire, dans une quatrième série d'observations, il n'aurait plus que 7,6 % de mortalité opératoire.

JONES (1931) sur 99 abdomino-périnéales a eu 25 morts, soit une mortalité de 25 %.

COFFEY (1934) sur 79 opérés aurait eu environ 20 morts, soit 25 % de mortalité.

SCHONBAUER et OPPOLZER (1934) sur 28 abdomino-périnéales ont eu 15 morts opératoires, soit la mortalité énorme de 53,5 %.

GABRIEL (Londres 1934) sur 15 abdomino-périnéales, qu'il pratique d'ailleurs en commençant par le temps périnéal et en extirpant dans un deuxième temps abdominal la totalité du rectum et du côlon pelvien jusqu'à l'anus iliaque, il y a eu une mortalité de 20 %.

COLLER (F.-A.) et RANSOM (1934) qui ont pratiqué 72 abdomino-périnéales en un temps et qui pratiquent la vaccination péritonéale pré-opératoire, accusent une mortalité opératoire de 16,5 %.

En 1935, une deuxième statistique de JONES sur 127 cas donne 17 morts, soit 11 % de mortalité.

LAHEY et CATTEL (1935) ont sur 60 cas, 6 décès, soit 10 % de mortalité.

RANKIN (1935) a sur 89 cas 8 morts, 8,8 % de mortalité.

BARBER (1935) a pratiqué 13 abdomino-périnéales avec 4 morts, soit 30 % de mortalité.

J. TANASESCU (Jassy) en 1935 a eu sur 15 abdomino-périnéales 2 morts, soit 13 % de mortalité.

AMZA JIANU, C. ENESCU et DAN THÉODORESCU (Bucarest) ont pratiqué 12 abdomino-périnéales sur 29 cas de cancer du rectum et ont eu 3 décès.

Enfin SOUPAULT et LEBOVICI apportent dans la thèse de DUFOUR en 1934, 32 observations d'interventions abdomino-périnéales mais avec abaissement du côlon au périnée. Ils n'ont eu que trois morts ce qui donne le chiffre très beau de 9,4 % de mortalité opératoire et ce qui montre le peu de gravité de l'abaissement entre les mains de ces auteurs.

De même, M. DESGOUTTES, pratiquant la même intervention, sur 17 cas n'a eu également que 3 décès, soit 17,6 % de mortalité opératoire.

Si l'on envisage, dans l'ensemble, les différents résultats obtenus, il est bien évident qu'en dehors des statistiques de quelques chirurgiens particulièrement habiles et expérimentés, les insuccès restent encore trop nombreux pour atténuer la notion de gravité de l'abdomino-périnéale.

Cette mortalité est due à des complications nombreuses et variées dont nous allons maintenant parler.

Complications de l'abdomino-périnéale

Les complications de l'abdomino-périnéale sont multiples.

Les accidents pulmonaires, les accidents cardiaques, les phlébites, les complications urinaires qui sont inséparables de toute la chirurgie abdominale, ne présentent en la circonstance aucun caractère particulier.

Au contraire, le shock, l'occlusion, l'infection et les hémorragies sont en rapport direct avec l'acte chirurgical et constituent les obstacles susceptibles d'entraver la bonne marche des suites opératoires.

Le shock d'une intervention à mortalité élevée devait, *a priori*, être largement incriminé et il n'est pas douteux que les premiers insuccès lui sont dus en grande partie. Les conditions aujourd'hui sont changées. Le choix judicieux du malade et sa préparation minutieuse font du futur opéré un sujet relativement résistant. De plus, la rachi-anesthésie employée d'une façon systématique par presque tous les chirurgiens présente des avantages indiscutables.

En bloquant l'influx nerveux, en provoquant la résolution musculaire, les manœuvres deviennent infiniment plus simples et moins traumatisantes.

Enfin, la qualité de l'acte opératoire lui-même s'améliore incontestablement pour chacun avec le temps et l'expérience, et la simplicité des suites immédiates en est la conséquence naturelle.

En résumé, le soir d'une abdomino-périnéale bien conduite, il est normal de constater l'état satisfaisant de l'opéré, état surprenant d'ailleurs, si l'on songe à l'importance des délabrements subis le matin même

Après le shock, *les phénomènes occlusifs* du début, lorsqu'ils se manifestent, réalisent le premier obstacle sérieux. Il ne semble pas cependant que cette grave complication soit retenue avec un intérêt marqué par la majorité des chirurgiens.

Il est vrai que l'occlusion paralytique est considérée par beaucoup comme la conséquence d'une péritonite larvée et peut-être est-elle souvent classée par eux parmi les accidents liés à l'infection.

Nous sommes heureux, à ce sujet, d'entendre les paroles de M. Raymond BERNARD, qui résument toute notre pensée : « Toute opération abdominale, dit-il, s'accompagne d'un certain degré de rétention stercorale dont le terme ultime est l'ileus paralytique. Pour nous, le facteur péritonisme n'entre pas en compte dans la production d'un ileus. Rétention gazeuse, rétention stercorale, ileus sont les degrés — dont le premier est constant — de la répercussion sur l'intestin de la « maladie opératoire; » et il ajoute en résumant l'état d'esprit que nous éprouvons chaque fois devant les opérés des premiers jours qui nous inquiè-

tent : « Ce sont ces malades que le chirurgien regarde anxieusement chaque matin, interrogeant les infirmières sur les émissions de gaz incertaines, le bocal d'urine insuffisant et le pouls trop rapide ».

Dans les observations qui suivent, l'occlusion du début occupe une part importante parmi les complications mortelles.

D'autres accidents occlusifs peuvent se manifester plus tardivement ; il est difficile de les attribuer à un défaut de technique, tel la torsion du grêle observée le dix-huitième jour chez notre premier malade (Obs. N° 1).

Dans d'autres cas et nous l'avons observé à deux reprises différentes au cours de l'abdominale pure, il est légitime d'incriminer le défaut de péritonisation parfois difficilement réalisable au niveau du côlon peu avant son abouchement à la paroi.

A ce propos, M. LENORMANT en 1920, publie une observation personnelle instructive d'un cancer recto-sigmoïdien enlevé par voie abdomino-périnéale dont voici le résumé.

Les suites opératoires furent d'abord très satisfaisantes, le malade rendit des gaz par son anus le deuxième jour ; la température monta à 38°5 le soir même et à 39° le lendemain, mais quelques jours après, les gaz ne furent plus rendus, aucune matière, et l'opérée mourut en occlusion aiguë.

Il s'agissait d'un étranglement et d'une torsion de la partie du côlon sigmoïde immédiatement sus-jacente à l'anus iliaque, ce segment sus-anal ayant un

méso long qui lui a permis de se déplacer, de tomber dans le fond du bassin où il s'est étranglé dans un orifice créé entre la paroi abdominale postérieure et le cul-de-sac péritonéal reconstitué.

En même temps, il s'est tordu sur lui-même sous l'influence de la poussée des gaz et des matières accumulées dans le côlon d'où l'occlusion progressive qui a déterminé la mort.

M. LENORMANT commente ainsi cet insuccès : « Il est probable qu'en réintervenant précocement, j'aurais pu lever cet obstacle et sauver la malade, mais en raison de l'augmentation progressive de la température, j'ai attribué les accidents à une infection du péritoine ou du tissu cellulaire pelvien bien plutôt qu'à une intoxication stercorale. Il est probable aussi que ces accidents eussent pu être évités si j'avais pris soin au cours de l'opération de fixer la portion mobile du côlon sus-jacente à l'anus artificiel par une colopexie ».

Et il termine ainsi : « Il me paraît qu'il y a là un détail qui n'est pas sans intérêt et qui mérite l'attention du chirurgien sur la nécessité d'apporter tous leurs soins à la confection de l'anus iliaque par lequel on doit dans certains cas terminer l'intervention ».

L'infection, par la gravité et la diversité de ses manifestations, occupe la première place parmi les causes d'insuccès ; la proportion admise et mentionnée dans la plupart des statistiques est de 65 à 70 %.

Péritonites, cellulites, septicémies d'origine périto-

néale sont les accidents les plus fréquents relatés dans les observations suivies de mort, mais dans chaque cas, il est exceptionnel de voir préciser la cause même et le processus intime de ces complications.

Il est évident que beaucoup d'entre elles sont la conséquence des difficultés de l'intervention et seules l'habileté et l'expérience du chirurgien peuvent en atténuer la fréquence.

D'autres complications moins graves en apparence aboutissent au même résultat ; elles sont liées à la nécessité d'établir un anus définitif avec la partie terminale du côlon descendant sectionné. A priori, ce temps opératoire qui existe également dans l'abdominale pure de HARTMANN peut paraître ne présenter aucune difficulté pour quiconque n'est pas familiarisé avec la chirurgie du rectum et les accidents qui l'accompagnent ne sont pas faits pour rehausser le prestige de l'opérateur ; aussi dans aucune observation suivie de mort par infection il n'en est fait mention. Il semble bien cependant que plusieurs insuccès en sont la conséquence et nous essaierons de montrer en nous rapportant aux observations qui suivent qu'en éliminant les causes d'infection, le pourcentage de guérison serait considérablement accru.

Ce seul fait nous autorise à penser que d'autres que nous se sont trouvés en face des mêmes difficultés sur lesquelles nous reviendrons.

La nécessité de tamponner la vaste plaie périnéale à l'aide de mèches et le plus souvent d'un Mikulicz

présente également des inconvénients inévitables lorsque l'heure est venue d'extraire le pansement profondément placé. Le plafond de la plaie opératoire constitué par une suture péritonéale souvent précaire peut être traumatisé par un décollement trop hâtif et une infection péritonéale peut en être la conséquence ainsi que le démontre la VII^e observation. De plus, la chute prématurée d'une escarre peut entraîner une hémorragie grave suivie le plus souvent de phénomènes septiques et mortels. L'observation N^o XXII en est un exemple probant.

OBSERVATIONS

Obs. I. — 1926. M. D..., 51 ans, présente un cancer du rectum situé à bout de doigt. L'état général est précaire. Opéré en février 1926. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale suivie de Mikulicz.

Premiers jours inquiétants, puis tout rentre dans l'ordre. Au bout d'un mois et demi la cicatrisation de la plaie est à peu près complète et le malade s'apprêtait à partir. Brusquement, phénomènes d'occlusion aiguë. Une amélioration trompeuse retarda une deuxième intervention qui ne fut pratiquée que le troisième jour. Il existait une torsion d'une anse grêle déjà gangrenée. Malgré la résection, le malade succomba le lendemain.

Obs. II. — 1926. M. C..., 63 ans. Opéré en mars 1926. Présentait un néoplasme également haut situé accessible au bout du doigt seulement. Bon état général. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Les suites opératoires sont excellentes et très simples. Un an après l'opéré était en bonne santé.

Obs. III. — 1926. Homme de 40 ans présentant un cancer du rectum à la partie supérieure de l'ampoule. Malade fatigué par des hémorragies rectales importantes. Rachianesthésie. Amputation abdomino-périnéale avec Mikulicz, qui s'est effectuée sans difficulté. Les suites opératoires sont bonnes jusqu'à la fin du premier mois. A ce moment il se produit des phénomènes d'occlu-

sion aiguë. Le malade est réopéré immédiatement. Une bride a été sectionnée. Tout est rentré dans l'ordre. Un an après le malade se portait bien.

Obs. IV. — 1926. M. R..., 49 ans. Présente un cancer du rectum mobile à la partie moyenne de l'ampoule. Opéré en août 1926. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale simple. Les suites opératoires sont simples et sans incidents. Six mois après le malade allait bien.

Obs. V. — 1926. M. P..., 60 ans, présente un cancer du rectum haut situé. Opéré à l'Hôtel-Dieu en novembre 1926. Abdomino-périnéale sous rachianesthésie. Les suites opératoires sont simples pendant trois jours. Mais, le quatrième jour, les gaz et les matières ne sont plus rendus. Occlusion paralytique qui ne cède pas aux traitements classiques. Stercorémie et mort.

Obs. VI. — Mme H..., 40 ans, présente un cancer du rectum haut situé et adhérent à l'isthme utérin. Etat général bon. Urée sanguine de 0 gr. 36.

Une hystérectomie totale a précédé l'abdomino-périnéale sous rachianesthésie complétée par quelques bouffes de Schleich à la fin de l'intervention. Les suites opératoires sont simples et sans incidents. La malade sort de la clinique un mois après, presque cicatrisée.

Obs. VII. — 1927. Mme Ch..., 54 ans, présente un cancer du rectum situé en avant, derrière l'isthme utérin.

Très bon état général, sauf des besoins fréquents d'aller à la selle, qui l'incitent à consulter son médecin. Intervention sous rachianesthésie. Abdomino-périnéale avec hystérectomie totale.

Les suites opératoires sont très simples. Le onzième jour, alors que la guérison semblait assurée, le Mikulicz

est enlevé sans difficulté apparente. Le soir même la malade est en pleine péritonite et meurt le lendemain.

Obs. VIII. — 1928. M. J..., 42 ans, présente un cancer situé à la partie antérieure du rectum. Avec le doigt la tumeur est accessible au-dessus de la prostate. L'état général est satisfaisant. Abdomino-périnéale sous rachianesthésie. Aucun incident post-opératoire. Le malade sort guéri un mois et demi après son hospitalisation. Récidive hépatique trois ans et demi après.

Obs. IX. — 1928. M. Ch..., 67 ans, présente un cancer accessible difficilement avec le doigt. L'état général est satisfaisant. L'urée sanguine est de 0 gr. 45. Rachianesthésie complétée par anesthésie générale au mélange de Schleich. Abdomino-périnéale. Au cours des manœuvres abdominales difficiles une trop forte traction sur le côlon pelvien provoque une fissure au niveau de la tumeur. Mikulicz. Mort par cellulite le cinquième jour.

Obs. X. — 1928. M. D..., 34 ans, présente un cancer situé à 9 cm. de l'anus. Il est mobile et postérieur. L'état général est très satisfaisant. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Suites opératoires excellentes. Aucun incident et guérison.

Obs. XI. — 1929. Mme H..., 63 ans, présente un cancer situé à la partie moyenne de l'ampoule rectale. Etat subocclusif, mauvais état général. Anus iliaque préalable. Dix jours après, sous rachianesthésie; une amputation par voie périnéale est tentée, mais une hémorragie oblige à interrompre l'intervention et un tamponnement serré permet de surseoir à la cure radicale. Huit jours après, il est possible, par la voie abdominale, de compléter l'intervention. Les suites opératoires, malgré le shock,

furent relativement satisfaisantes et la guérison fut obtenue en deux mois.

Obs. XII. — 1929. Mlle Mev..., 46 ans, présente un cancer du rectum situé à 7 cm. de l'anús derrière l'isthme utérin. L'état général est bon. L'urée sanguine est de 0 gr. 35. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale avec hystérectomie totale. Suites opératoires banales. Guérison. Six ans après, récídive et mort.

Obs. XIII. — 1930. Mlle Z..., 44 ans, présente un cancer situé à la partie latérale droite postérieure accessible à bout de doigt. Etat général satisfaisant. La malade pèse 52 kilogs. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Il est fait une hystérectomie vaginale, la cloison recto-vaginale est enlevée au cours du temps périnéal. Suites opératoires normales, mais la guérison laisse substituer un prolapsus vésical.

Obs. XIV. — 1931. M. Lem..., 63 ans, présente un cancer mobile à 7 cm. de l'anús environ. Etat général médiocre. Le chiffre de l'urée sanguine est de 0 gr. 43. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Phénomènes occlusifs le cinquième jour, qui cèdent à la rétropituitine. Suppuration prolongée de la plaie périnéale accompagnée de fièvre pendant trois semaines.

Néanmoins le malade sort de la clinique au bout de deux mois et guéri opératoirement.

Obs. XV. — 1932. M. R..., 58 ans, présente un énorme cancer en chou-fleur du rectum, situé à 6 cm. de l'anús et à la partie postérieure. La tumeur paraît très mobile mais très saignante. L'état général est bon. L'urée sanguine est de 0 gr. 47. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Les suites opératoires ne présentent aucun inci-

dent et la guérison est obtenue au bout de la sixième semaine.

Obs. XVI. — 1933. M. D..., 60 ans, présente un cancer du rectum situé en arrière, à 8 cm. de l'anus. L'état général est assez bon. L'urée sanguine est de 0 gr. 43.

Rachianesthésie complétée par une anesthésie générale au mélange de Schleich au cours de l'intervention.

Abdomino-périnéale difficilement exécutée. Les suites opératoires sont normales, mais une rétention d'urines pendant quinze jours est suivie de cystite.

Malgré ces quelques inconvénients le malade s'achemine vers la guérison et sort à peu près cicatrisé au bout de neuf semaines.

Obs. XVII. — 1933. M. L..., 69 ans, présente un cancer du rectum haut situé accessible au bout du doigt. L'état général, malgré l'âge, est très satisfaisant. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 43. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale exécutée facilement. Les suites sont excellentes et ne sont entravées par aucune complication. Le dixième jour, le bout intestinal, qui dépasse la paroi abdominale de 8 cm. environ, est réséqué au thermocautère. Le soir, après une vive douleur, l'état du malade s'aggrave brusquement. L'intestin, décollé de la paroi, s'est rétracté, il n'est plus visible, et malgré un drainage péritonéal immédiat l'opéré succombe dans la nuit en pleine péritonite.

Obs. XVIII. — 1933. M. R..., 61 ans, présente un cancer du rectum assez mobile situé à 8 cm. de l'anus. L'urée sanguine donne un taux de 0 gr. 39. Le malade est maigre et l'état général est encore bon.

Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Point congestif à la base droite. Rétention d'urine pendant dix jours.

Aucune complication abdominale. Le malade sort sept semaines après en bonne voie de guérison.

Obs. XIX. — 1934. M. M..., 52 ans, présente un cancer situé à 10 cm. de l'anus. Il entre à la clinique pour des phénomènes occlusifs. Un anus iliaque gauche est établi. Amélioration de l'état général et, deux mois plus tard, rachianesthésie et abdomino-périnéale.

Des accidents pulmonaires graves viennent compliquer la situation, mais la guérison est néanmoins obtenue. Récidive trois ans après.

Obs. XX. — 1934. Mme G..., 55 ans, présente un cancer du rectum accessible au doigt, situé en arrière. Très bon état général. Taux d'urée sanguine de 0 gr 31. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale avec hystérectomie totale. Phénomènes occlusifs au début qui cèdent à la rétropituitine. Suites normales. Guérison obtenue au bout de neuf semaines.

Obs. XXI. — 1934. M. B..., 45 ans, présente un cancer du rectum situé à la partie antérieure au-dessus de la prostate. Etat général déficient à la suite d'hémorragies rectales.

Rachianesthésie complétée par anesthésie au mélange de Schleich. Abdomino-périnéale. Le temps abdominal est difficile, les lésions sont trop avancées. Le temps périnéal est compliqué par la déchirure de l'urètre. Réparation sur sonde. Le malade succombe de cellulite le cinquième jour.

Obs. XXII. — 1935. M. B..., 38 ans, présente un cancer du rectum situé à 11 cm. de l'anus. Etat général médiocre, amaigrissement marqué. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Suites opératoires excellentes. Mais le

dixième jour, retrait du Mikulicz. Dans la soirée, hémorragies très abondantes qui nécessitent un tamponnement sous anesthésie générale. Le lendemain, fièvre à 39°; le surlendemain, nouvelles hémorragies et mort.

Obs. XXIII. — 1935. Mlle J..., 40 ans, présente un cancer du rectum situé en avant à 9 cm. de l'anus. La tumeur est mobile et l'état général est bon.

Rachianesthésie. Abdomino-périnéale avec hystérectomie totale. Les suites opératoires sont satisfaisantes, mais pendant les dix-huit jours consécutifs, malgré la bonne apparence de la malade et l'absence de complications la température se maintient entre 38° et 38°5. Le dix-huitième jour, embolie et mort.

Obs. XXIV. — 1936. Mme F..., 59 ans, présente un cancer du rectum assez étendu et situé à bout de doigt. Etat général bon. L'urée sanguine est de 0 gr. 40. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale facile avec hystérectomie totale. Les suites opératoires sont satisfaisantes, mais le dixième jour il se fait une fistule vésicale et une phlébite gauche. Malgré ces complications la malade guérit vers la fin du deuxième mois. La fistule vésicale se bouche spontanément.

Obs. XXV. — M. R..., 52 ans, présente un cancer du rectum à la partie antérieure et à 10 cm. de l'orifice anal.

L'urée sanguine est de 0 gr. 38. Etat général moyen. Rachianesthésie complétée par quelques gouttes de Schleich. Le soir de l'intervention, l'état est très satisfaisant, mais dans les jours qui suivent aucune émission de gaz. Une fistule stercorale pratiquée sur le grêle et tous les traitements classiques échouent. Mort le sixième jour.

Obs. XXVI. — 1936. M. L..., 45 ans, présente un cancer du rectum situé à 7 cm. environ de l'orifice anal. La tumeur est mobile et située en avant.

Le malade est maigre et semble résistant. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 38. Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Les suites opératoires sont excellentes pendant les trois premiers jours, mais le quatrième jour aucune émission de gaz. Les phénomènes occlusifs cèdent cependant et la guérison survient après une longue suppuration de la plaie périnéale.

Obs. XXVII. — 1936. M. M..., 39 ans, présente un cancer du rectum haut situé inaccessible au toucher rectal. L'état d'amaigrissement du malade s'accompagne de saignements répétés.

Rachianesthésie. Abdomino-périnéale. Le cinquième jour de l'intervention, alors que tout semblait évoluer vers le succès, l'intestin, qui s'était sphacélé au niveau de la striction à travers la paroi abdominale, se rétracte en partie et entraîne une péritonite rapidement mortelle.

Obs. XXVIII. — 1937. Mme L..., 50 ans, présente un cancer du rectum inaccessible au toucher, mais localisé au rectoscope, à 13 cm. de l'anus. L'état général est encore bon, mais la malade est un peu grasse. L'urée sanguine est de 0 gr. 40.

Rachianesthésie complétée à la fin par une anesthésie générale au mélange de Schleich. Abdomino-périnéale complétée par une hystérectomie totale.

Les suites immédiates sont bonnes, mais le bout colique terminal extériorisé est mal nourri et se sphacèle jusqu'au niveau immédiat de son contact à la paroi abdominale.

Une suppuration et un décollement pariétal en sont la conséquence.

Le dixième jour, première phlébite gauche suivie d'une deuxième phlébite droite. Malgré cela, guérison dix semaines plus tard.

Obs. XXIX. — 1937. Mme F..., 63 ans, présente un cancer du rectum adhérent à l'isthme utérin. Le reste de la circonférence du rectum paraît sain et mobile. L'urée sanguine est de 0 gr. 44. La malade est maigre mais présente encore un bon état général.

Rachianesthésie. Abdomino-périnéale et hystérectomie totale. Les suites opératoires sont parfaites et la malade guérit en six semaines environ.

Obs. XXX. — 1937. Mme P..., 48 ans, présente un cancer du rectum postérieur situé à 8 cm. environ de l'orifice anal. Malgré un ténésme rectal pénible, la malade présente un bon état général. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 30.

Rachianesthésie. Abdomino-périnéale et hystérectomie totale. Suites opératoires sans incidents; la malade sort guérie à la fin de la sixième semaine.

Obs. XXXI. — 1938. Mme B..., 52 ans, présente un cancer du rectum situé à 12 cm. de l'orifice anal. L'état général est précaire. L'état mental est déficient. La malade est très maigre et son urée sanguine est de 0 gr. 38.

Rachianesthésie. Abdomino-périnéale complétée par une hystérectomie totale. Les suites opératoires sont compliquées de shock avec pouls très rapide à 140.

Le cinquième jour le pouls est moins rapide, mais il n'y a aucune émission de gaz. Néanmoins, alors que l'état

semblait désespéré, une injection de rétropituitine, après un moment critique, provoque une débâcle intestinale suivie d'une amélioration sensible. Le dixième jour, résection au thermocautère du bout intestinal, mais, le soir, rétraction, cellulite et mort.

Résumé des observations

En résumé, 31 abdomino-périnéales type Quénu-Miles ont été pratiquées de 1926 à 1938.

Il y a eu onze femmes et vingt hommes avec au total onze morts, soit un pourcentage de mortalité opératoire s'élevant à 35,4 %.

Les incidents qui ont causé la mort sont :

1° Pour les femmes :

Obs. VII. — 54 ans, péritonite après enlèvement du Mikulicz le onzième jour.

Obs. XXIII. — 40 ans, embolie le dix-huitième jour.

Obs. XXXI. — 52 ans, rétraction de l'anus après section du bout colique extériorisé le dixième jour.

2° Pour les hommes :

Obs. I. — 63 ans, occlusion aiguë par torsion du grêle un mois et demi après l'intervention.

Obs. V. — 60 ans, occlusion paralytique le quatrième jour.

Obs. IX. — 67 ans, cellulite.

Obs. XVII. — 69 ans, rétraction dans la soirée de l'anus dans la cavité péritonéale après section du bout colique extériorisé le dixième jour.

Obs. XXI. — 45 ans, urètre déchiré au cours du temps périnéal. Cellulite.

Obs. XXII. — 38 ans, hémorragie abondante suivie d'infection après enlèvement du Mikulicz le dixième jour.

Obs. XXV. — 52 ans, occlusion paralytique. Fistule sur le grêle. Mort le sixième jour.

Obs. XXVII. — 39 ans, sphacèle de l'intestin par trop forte striction au niveau du passage intra-pariétal. Péritonite.

Les onze morts comprennent donc :

1 embolie,

1 occlusion aiguë tardive,

2 ileus paralytiques,

2 cellulites,

2 accidents consécutifs à l'enlèvement du Mikulicz.

3 accidents au niveau de l'anus iliaque.

Considérations sur les causes d'insuccès

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur les différentes causes qui ont entraîné la mort de nos opérés, certaines nous semblent très difficilement évitables. Par contre, d'autres comme l'occlusion paralytique angoissante à son début, mais non toujours mortelle, mérite une conduite à préciser.

Quant aux accidents survenus au niveau de l'anus iliaque et ceux moins fréquents consécutifs à l'ablation du Mikulicz, ils doivent nettement être considérés comme le résultat d'une faute de technique que l'expérience devrait permettre d'éviter.

L'ileus paralytique qui existe à l'état d'ébauche, dans tout acte chirurgical de la cavité abdominale, revêt une acuité plus souvent alarmante lorsqu'il s'agit de la chirurgie du cancer du rectum ou du côlon.

Lorsque vers le quatrième ou cinquième jour l'état occlusif se précise malgré tous les moyens médicaux classiques employés, il faut savoir prendre une décision urgente avant l'apparition du ballonnement du ventre et des vomissements fécaloïdes ; il faut d'emblée recourir à l'iléostomie qui, comme le précise M. METIVET « est une des plus belles conquêtes que la chirurgie abdominale ait faite au cours de ces der-

nières années dans les accidents occlusifs post-opératoires ».

D'autres, tels que PAUCHET, DELORE et COTTE ont même été plus loin en proposant l'entérostomie complémentaire simultanée de tout acte de chirurgie colique et Raymond BERNARD a plaidé chaleureusement à titre préventif et dans les mêmes circonstances les avantages de la fistule à la Witzel.

Les accidents inhérents à l'établissement de l'anus iliaque revêtent un caractère déplorable tant par leurs conséquences souvent mortelles que par leur apparition brutale.

L'abdominale pure qui comprend le temps opératoire identique est naturellement sujette aux mêmes inconvénients.

Trois fois sur 31 abdomino-périnéales,

Quatre fois sur 42 abdominales type Hartmann, la mort a été la fin rapide de ces complications.

Deux modalités d'infection peuvent se manifester :

Ou bien l'intestin extériorisé et mal fixé se rétracte dans la cavité péritonéale,

Ou encore, mal irrigué et mal nourri, il se sphacèle.

Dans l'un et l'autre cas, la péritonite ou la cellulite paraissent inévitables.

La rétraction du bout colique dépassant la paroi est certainement le fait le plus inattendu et le plus décourageant pour le jeune chirurgien ignorant les embûches non classiques qui lui sont tendues. Parfois brutale, elle semble, a priori, imprévisible : « Après

avoir pratiqué un de nos premiers Hartmann, après la fermeture de la paroi, nous avons vu le bout intestinal de 10 centimètres extériorisé et puissamment musclé, se rétracter brusquement à la manière d'un ver de terre laissant dans la main de l'aide stupéfait, le fil de lin qui maintenait la lumière de l'orifice obturé. La malade succombait le soir même de péritonite ».

Bien que ce fait soit isolé, il met néanmoins en évidence la puissance de la force rétractile du côlon.

Le plus communément, l'accident se produit du dixième au quinzième jour. A partir de la deuxième semaine, le bout colique plus ou moins long extériorisé, donne l'impression d'être définitivement fixé à la paroi. Au niveau du collet, l'intestin s'est aminci, devient mobile et semble pédiculé. Rien ne semble devoir retarder l'ablation de ce battant de cloche qui donne l'impression d'être encombrant et inutile, afin de créer l'anus iliaque définitif. La résection se fait d'ailleurs avec facilité au thermocautère, en sectionnant les tuniques musculaires à deux ou trois centimètres de la peau pour plus de sécurité et en sectionnant ensuite un peu plus profondément le manchon muqueux désinséré de la circonférence intestinale adhérente à la peau.

Ce temps opératoire de peu d'importance et sans difficultés semble devoir parfaire seulement un résultat jugé déjà définitif.

C'est alors cependant que surviennent dans quelques cas les complications fatales.

Parfois l'anus nouvellement créé rompt progressivement ses attaches circulaires et se rétracte profondément au-delà de ses adhérences péritonéales : une péritonite en est la conséquence.

Parfois, il s'arrête en chemin et devient l'origine de collections purulentes intra-pariétales (Obs. XXVIII) ou intra-abdominales.

Les mêmes accidents peuvent se présenter par suite de la mauvaise vitalité du bout colique externe.

Trois causes peuvent la compromettre :

— La première est une fausse appréciation de l'étendue du territoire artériel entraînant une section trop basse du colon descendant.

— La deuxième est une trop grande traction sur l'intestin non suffisamment libéré. Jean-Louis FAURE, en 1927, relate deux observations d'opérations de Hartmann ou, dans des conditions analogues, le sphacèle de l'intestin terminal entraîna des accidents mortels.

— Enfin, la troisième cause est due à une compression excessive du conduit, au cours de son trajet intra-pariétal.

A ce sujet, MILES pour sa colostomie, préconise non une incision linéaire de la paroi mais une incision circulaire qui permet d'enlever une surface correspondante de peau de façon à prévenir, non seulement la tendance habituelle de ces bouches à se rétrécir, mais encore pour éviter le sphacèle consécutif à une trop grande striction par la paroi.

La compression donc, peut être externe lorsque l'orifice pariétal est trop étroit (Obs. XXVII).

Elle peut également être interne, comme dans le cas d'une de nos abdominales : « Le huitième jour, pour éviter de souiller le pansement, une sonde rectale fut malheureusement introduite dans l'orifice intestinal. Le lendemain, par étranglement circulaire, le bout de l'intestin extériorisé était gangrené ».

A côté de cet ensemble de complications qui nous ont paru suffisamment fréquentes et graves pour les préciser, nous croyons qu'il n'est peut-être pas inutile de mentionner en dernier lieu, les dangers encourus par le retrait du tamponnement de la plaie péritonéale.

Rien ne paraît pourtant plus banal mais là encore, il nous a semblé que la patience était la meilleure garantie.

Trop souvent, l'entourage du malade, même médical, mal impressionné par la mauvaise odeur des mèches et la légère élévation de température qui l'accompagne, incite le chirurgien au retrait prématuré du Mikulicz. Deux malades de notre statistique sont morts pour cette seule cause, l'un de péritonite (Obs. VII), le second d'hémorragie (Obs. XXII).

CONCLUSIONS

L'abdomino-périnéale, type Quénu-Miles, réalise la large exérèse lympho-ganglionnaire nécessaire dans la cure radicale d'un grand nombre de cancers du rectum.

Parmi les multiples techniques proposées, elle semble encore la plus répandue et à la portée du plus grand nombre de chirurgiens.

Supérieure, quant aux suites éloignées, elle présente une gravité immédiate encore très importante.

Parmi les complications mortelles, la plupart sont la conséquence directe de l'acte opératoire et sont liées à ses difficultés.

En dehors du shock, les phénomènes occlusifs du début constituent la première et angoissante menace à laquelle il faut avoir le courage de remédier par une entérostomie hâtive lorsque la situation l'exige.

Les accidents infectieux occupent la première place par leur fréquence. Ils sont dus, trop souvent, à des fautes de techniques relativement évitables ; ils sont liés en pareil cas à l'établissement de l'anus iliaque.

Il est primordial d'apporter le plus grand soin à l'établissement de l'anus iliaque avec le bout terminal du côlon. Une bonne fixation, une excellente irrigation sont d'une importance capitale.

Enfin, il faut savoir que la simple ablation au thermocautère de l'intestin extériorisé et le retrait du premier tamponnement de la plaie périnéale peuvent entraîner des accidents mortels.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne voulons pas citer ici tous les ouvrages concernant le cancer du rectum et son traitement.

On trouvera d'ailleurs des bibliographies complètes dans le traité de CHALIER et MONDOR de 1924.

Pour la période de 1924 à 1933, la thèse de DUFOUR, en 1934, donne une bibliographie des plus complètes.

Nous nous bornerons à citer quelques publications parues depuis et celles consultées pour notre travail.

ABEL (A. L.). — Le traitement moderne du cancer du rectum. (*Bull. et Mém. Soc. Piemontese di Chir.*, 1932, 2, pp. 597-610.)

BAGGIO (G.). — Statistique et résultats du traitement chirurgical dans le cancer du rectum. (*Arch. ed atti d. Soc. ital. di Chir.*, 1929, 35, pp. 201-247.)

BERNARD (R.). — Quatre cas de cancer du côlon gauche enlevés en un temps avec entérostomie complémentaire et suture terminale extériorisée. (*Bull. et Mém. Acad. Chir. Paris*, 18 décembre, 1935, pp. 1436-1441.)

CHALIER et MONDOR. — Traité sur le cancer du rectum. Paris, 1924.

CHATON (M.). — Détails techniques à propos de l'extirpation abdomino-périnéale du rectum. (*Revue Méd. de l'Est*, 1924, 52, p. 647.)

— Quatre nouvelles observations d'amputation abdomino-périnéale du rectum. (*Bull. et Mém. Soc. aNt. Chir.*, 1924, 50, pp. 113-118.)

- COFFEY (R. C.). — Cancer du rectum. (*Surgery gynecology and obstetrics*, vol. LVIII, N° 2, février 1934, p. 465.)
- COLLER (E. A.) et RANSOM (H. K.). — (*Annals of Surgery*, vol. 104, N° 4, octobre 1936, pp. 636-650.)
- DELORE et MALLET-GUY. — Pronostic et traitement des complications infectieuses locales du cancer du rectum. (*Lyon Médical*, 1924, pp. 134, 663.)
- DESGOUTTES (L.). — Dix-sept cas d'amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer. Abaissement systématique du bout supérieur au périnée. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1925, 51, p. 699.)
- DUFOUR (A.). — (*Thèse*, Paris, 1934.)
- DUROSELLE (G.). — Remarques sur le traitement du cancer du rectum. (*Journal de Chir.*, 1924, 23, pp. 249-256.)
- GABRIEL (W. B.). — Les principes et la technique de la chirurgie du rectum. 1 vol., London, 1932.
- GOULLIoud. — De l'amputation abdomino-périnéale du rectum. (*Lyon Chir.*, 1924, 21, p. 786.)
- GAUDIN (F.). — Quelques cas de cancer du rectum opérés par voie abdomino-périnéale. (*Soc. Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Nantes*, février 1927.)
- GOVERNEUR (R.) et OURY (P.). — Cancer du rectum. (*Presse Méd.*, 1932, 40, p. 443.)
- GRÉGOIRE. — L'extirpation abdomino-périnéale du rectum en sens unique de haut en bas. (*Journal de Chirurgie*, 1931, 38, p. 152.)
- GULEKE IENA. — (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. 186, 19 octobre 1936, p. 475.)
- HARTMANN (H.). — Travaux de chirurgie, 6° série. Chirurgie du rectum, Paris, 1931.
- JONES (Thomas E.). — Technique de la résection abdomino-périnéale pour cancer du rectum. (*The American Journal of Surgery*, vol. 27, N° 2, févr. 1935.)

- KIRSCHNER (M.). — Abdomino-périnéale en un temps par une méthode synchronisée (*Der Chirurg.*, an VI, fasc. 7, avril 1934, p. 233).
- KUTTNER (H.). — Technique chirurgicale. Statistiques (*Revue Med. german. iber-amer.*, 1928 ; I : 74-87).
- LAHEY (Franck) et CATTEL (R.). — (*The american Journal of Surgery*, vol. 27, N° 2, février 1935.)
- LEIBOVICI (R.). — Les avantages de la voie abdomino-périnéale (*La Médecine*, 1932 ; 13 : 833-842).
- LENORMANT. — Cancer recto-sigmoïdien enlevé par voie abdomino-périnéale. Occlusion intestinale mortelle par étranglement au niveau de l'anus iliaque. (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir. de Paris*, 1920, 28 janvier, p. 168.)
- LOCKHART-MUMMERY (J.-P.). — Traitement du cancer du rectum (*Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 1932 ; 24 : 356-362).
- MILES (W. E.). — La question actuelle de l'amputation abdomino-périnéale du rectum, envisagée par rapport à la mortalité et à la récurrence post-opératoire (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 24, N° 5, mai 1931, pp. 988-991).
- PAPIN (F.). — Amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum (*J. de Chir.*, 1928, tome 31, pp. 310-514).
- PAUCHET (V.). — Traitement chirurgical du cancer recto-sigmoïdien (*Rev. de tech. chir.*, 1932 ; 24 : 225-233).
- RANKIN (F. W.). — Le traitement chirurgical à l'heure actuelle du cancer du rectum et recto-sigmoïde (*Minnesota Méd.*, 1933 ; 16 : 23-28).
- SCHONBAUER et OPPOLZER (Wien). — A propos du cancer du rectum (*Wiener medizinische Wochenschrift*, an. 83, N° 30, 1933, p. 830).
- SCHWARTZ (A.). — Traitement du cancer du rectum (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1923 ; 49 : 1529).

SEBASTIANO MILONE (Turin). — Le traitement chirurgical du cancer du rectum (*Archivio Italiano di chirurgia*, vol. 43, fasc. I, avril 1936, pp. 1-92).

SOUPAULT et LEIBOVICI. — (*Journal de Chirurgie*, Paris 1931 ; 38, N° 6.)

SOUPAULT (R.). — Traitement du cancer du rectum (*Jour. de Méd. de Paris*, 1932 ; 52 : 91-93).

TANASESCU (J.), JASSY. — Considérations sur le traitement du cancer du rectum. Statistique personnelle (*Revista de Chirurgie*, tome 38, N° 9-12, septembre-décembre 1935).

